FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Vladimir PANTITCH

NÉ A SCOBALJ (SERBIE), LE 1er JANVIER 1896

TRAITEMENT du BUBON CHANCRELLEUX

(Par l'injection intraganglionaire d'un vaccin polymicrobien)

PRÉSIDENT : M. JEANSELME, Professeur

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VIe Arr.)

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU JEANNIN COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIERE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHAMPY	Histologie.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	CHIRAY	Pathologie médicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.	CLERC	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	DEBRE	Hygiène.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	I. DE JONG	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	DUVOIR	Médecine légale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	ÉCALLE	Obstétrique.
BRANCA	Histoiogie.	FIESSINGER	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	FOIX	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmocologie et matière médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
		HARVIER	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Bien faible témoignage
de ma profonde reconnaissance

A MES SŒURS ET A MES FRERES

A MON BON MAITRE

M. le Docteur Louis Fournier

Médecin de l'Hopital Cochin

En le priant de vouloir bien recevoir ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur Jeanselme

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital St-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Les chancres mous, et leur complication presque inévitable, le Bubon, surtout parmi la classe ouvrière où l'hygiène est peu observée, sont des affections peu graves, mais ennuyeuses et quelquefois longues à guérir.

L'interminable suppuration du bubon chancrelleux est, pour les médecins ainsi que pour les malades l'objet de multiples soucis.

Les dangers de contamination qui sont si fréquents dans le milieu pauvre, causés par l'ignorance et surtout par la négligeance; les nombreux échecs thérapeutiques dus aux anciennes méthodes, immobilisant les malades pendant des semaines ; la nécessité toujours de plus en plus croissante d'hospitalisation de ces malades qui encombrent nos services hospitaliers ; les nombreux pansements que nécessite le bubon ouvert et sa chancrellisation fréquente, ont contribué beaucoup à ce que les auteurs se soient intéressés ces dernières années au problème du traitement de bubon chancrelleux.

Dans ces dernières années, des essais de vaccinothérapie du bubon chancrelleux, soit générale, soit locale, spé-

voisinage immédiat de la lésion primitive, ou à distance.

Anatomie pathologique. — Le chancre simple est caractérisé par une ulcération destructive de l'épiderme qui est sectionné, de la couche papillaire et de la partie superficielle du derme, à la différence du chancre induré dans lequel le corps papillaire n'est pour ainsi dire jamais détruit (Cornil), mais qui présente d'autre part la même stucture histologique.

La lésion initiale consiste dans une infiltration de cellules de pus, disposées en traînées qui traversent le derme et forment sous l'épiderme une vésico-pustule très riche en strepto,bacille. Tout autour l'épiderme est envahi par les cellules migratrices et prolifères. Les vaisseaux sanguins sont dilatés. Il se forme ainsi un nodule plasmatique pénétrant jusqu'à l'hypoderme. Plus tard l'épiderme se détache, laissant une ulcération à bords coupés nets et décollés. Le fond, tapissé, par une couche de pus riche en strepto-bacilles, recouverte elle-même par des détritus granuleux, est raviné par de nombreux sillons remplis de leucocytes morts et de chaînettes de bacilles ; il est constitué par un infiltrat très dense de lymphocytes, de moyens mononucléaires et de cellules plasmatiques qui se continue dans les parties sous-jacentes du derme, en dissociant sa trame conjonctivo-élastique ; celle-ci se mortifie et s'élimine, le processus ulcératif résultant d'une sorte de digestion des tissus par le parasite. Les vaisseaux sanguins, très dilatés, présentent des lésions d'endo-

peri-vascularite intense qui expliquent leur grande fragilité. Les lymphatiques sont aussi dilatés.

Symptomatologie. — Le chancre simple n'a pour ainsi dire pas d'incubation ; quoique, en général, ce ne soit que le 4e ou 5e jour après le coït infectant, qu'il se manifeste par une plaie capable d'attirer l'attention du malade, la réaction dermique locale commence en réalité dès le moment de l'inoculation. C'est sur les inoculations expérimentales que l'on peut en suivre le mieux les premiers stades. Grâce à l'intra-dermo-réaction de Reenstierna le diagnostic peut-être facilement confirmé.

C'est une ulcération arrondie ou ovalaire, de forme assez régulière, de dimensions variables atteignant rapidement la taille d'une lentille. Les bords sont sinueux, nettement taillés à pic et décollés ; c'est là le caractère essentiel de l'ulcération chancrelleuse. La peau est enflammée autour de la plaie et plus ou moins rouge. Le fond constitué par le derme mis à nu, est plan ; il est irrégulier, anfractueux, vermoulu, traversé par des sillons qui s'entre-croisent, comme s'il avait été soulevé par le cheminement de vermisseaux ; il est de coloration gris jaunâtre, recouvert par une couche plus ou moins épaisse de pus homogène, facile à étaler, quelquefois désséché en croûtes jaunâtres ; il saigne facilement par la pression ou par le râclage sous forme de petites hémorragies punctiformes. Le plus souvent, mais non constamment, la base en est souple, et on peut facilement le plier entre deux doigts, de

manière à superposer ses bords ; mais il arrive souvent qu'il soit induré artificiellement par des applications irritantes : nitrate d'argent, chlorure de zinc, calomel, teinture d'iode, eau blanche ; dans le sillon balano-préputial, il peut présenter une certaine induration naturelle. Cette exploration provoque d'assez vives douleurs, réveillées par la pression, le moindre contact, le passage de l'urine.

Les chancres simples sont ordinairement multiples et successifs, par suite des auto-inoculations qui se font spontanément autour de l'ulcération principale, ils sont de dimensions différentes suivant leur âge ; le chancre simple vit en famille entouré de ses enfants et petits-enfants disait Ricord. La multiplicité peut aussi exister d'emblée, due à des nombreuses inoculations simultanées, à la faveur d'excoriations multiples, comme il arrive chez les sujets atteints de gale.

La chancrelle ne s'accompagne pas de pléiade ganglionaire, et c'est là un élément de diagnostic fort important avec le chancre syphilitique ; mais il se développe souvent dans l'aine une adénite (monoganglionnaire) douloureuse, inflammatoire, point de départ possible d'un bubon.

L'ulcération s'étend en surface sans creuser en général en profondeur, elle s'accroît par ses bords, et peut atteindre des dimensions considérables. Ce sont à peu près ses principaux caractères cliniques.

CHAPITRE II

Complications du chancre mou

En dehors du bubon qui est sa principale et la plus enuuyeuse des complications, nous citerons :

1°) Fréquence de phimosis dans le cas de chancres sous-préputiaux.

2°) La lymphangite tronculaire est relativement rare. Elle se manifeste par un cordon de lymphangite dorsale de la verge enveloppée dans une gaine d'œdème inflammatoire et présentant souvent des renflements, qui se ramollissent et sont le point de départ d'abcès lymphangitiques. Ces abcès se compliquent fréquemment de décollements étendus ; parfois leurs bords se chancrellisent.

Bubon. — C'est la complication de beaucoup la plus fréquente du chancre simple ; elle est presque la règle dans la classe ouvrière et elle assombrit notablement le pronostic de cette affection.

Comme le remarque Gougerot, l'adénopatie chancrelleuse est ordinairement grave, plus grave que le chancre lui-même, à cause de sa longue durée, de sa

tendance à la suppuration, et de la lenteur avec laquelle elle se résout, entraînant pendant presque toute son évolution une incapacité de travail plus ou moins complète.

L'homme est beaucoup plus exposé que la femme. La marche, la fatigue, les travaux pénibles y prédisposent, ainsi que le défaut de soins locaux, les pansements mal faits.

Le bubon complique surtout les chancres du filet, de la fourchette, de l'anus, ceux qui sont les plus traumatisés où le plus infiltrés, mais il peut accompagner aussi les ulcérations les plus bénignes, et il y a souvent un contraste entre la rapidité de guérison de l'accident initial et la gravité de l'adénite. Les chancres extra-génitaux n'en sont pas indemnes : on a rarement rencontré des bubons extra-génitaux. Cependant Massia et Lacassagne ont observé récemment un bubon épitrochléen consécutif à un chancre du médius.

Le bubon se développe habituellement dans les premières semaines qui suivent l'apparition du chancre. Mais il peut-être précoce, survenant dès les premiers jours, ou ne se manifester que très tardivement alors que le chancre achève déjà de se cicatriser, ou même a évoluer sans attirer l'attention du malade que ne vient consulter que pour son adénite. Il faut alors se livrer à un examen attentif pour retrouver la porte d'entrée de l'infection.

L'infection se localise dans le ganglion sans provoquer de lymphangite intermédiaire appréciable. L'adénite siège du même côté que le chancre, sauf dans le cas ou les lymphatiques franchissent la ligne médiane

pour se déverser dans les ganglions du côté opposé. Ce sont les ganglions inguinaux qui sont les souvent atteints, qui le sont seuls d'après les classiques. L'inflammation est d'abord monoganglionnaire et surtout périganglionnaire, mais les ganglions voisins peuvent être pris à leur tour et former avec les tissus cellulaires qui les enveloppent, un large placard, ou donner lieu à une série de petits abcès.

Il y a d'abord simplement augmentation de volume et congestion de la glande ; mais déjà à ce stade, le ganglion est fréquemment farci d'abcès miliaires, et le plus souvent l'inflammation aboutit à la suppuration ganglionaire, avec ouverture de l'abcès à la peau. Quelquefois aussi l'adénite évolue vers la sclérose.

Le bubon inguinal forme une tuméfaction de volume variable, arrondie et saillante quand un seul ganglion est atteint, étalée en placard plus ou moins large quand toute la chaîne ganglionaire est enflammée. Cette tuméfaction est douloureuse au contact et par les mouvements. Elle adhère rapidement aux tissus voisins et à la peau. Par le repos absolu et les pansements humides, l'adénite peut rétrocéder et l'inflammation se résoudre sans aboutir à la suppuration. Mais le plus souvent on voit la tuméfaction augmenter de volume, prendre une consistance pâteuse, avec un ou plusieurs points ramollis, puis devenir nettement fluctuante ; la peau s'amincit et s'ulcère laissant écouler un pus abondant, épais, jaune grisâtre. La suppuration se prolonge quelquefois fort longtemps, malgré les soins antiseptiques, entretenant des fistules très difficiles à tarir. Parfois

même la fistule est entretenue par une suppuration profonde, provenant des ganglions iliaques. Dans tous les cas, la plaie laisse une cicatrice irrégulière, étendue, fort disgracieuse. Souvent elle se chancrellise, soit par suite de la virulence du pus, soit par contamination secondaire par le virus du chancre, et elle devient le point de départ d'une nouvelle chancrelle, dont elle prend l'aspect caractéristique, et qui est souvent beaucoup plus grave et plus tenace que l'ulcération primitive ; il est des cas où l'ulcération a envahi l'abdomen, la cuisse, persistant pendant plusieurs années.

Pathogénie. — La suppuration peut-être due, d'après certains auteurs, soit aux microbes, pyogènes vulgaires, soit aux strépto-bacille de Ducrey lui-même. L'échec des premières tentatives d'autoinoculation, pratiquées avec le pus des abcès, avait fait admettre à Strauss et à Robin que le bubon n'est pas primitivement chancrelleux, mais qu'il ne le devient que secondairement par suite du transport sur la plaie, du virus du chancre. A défaut de la recherche directe, souvent négative, la méthode des cultures sur sang gélosé a permis à Bézançon, Griffon et Le Sourd et à Simon, de déceler ce bacille dans le pus. Tomascewski est parvenu, en cultivant systématiquement le pus des bubons, à mettre en évidence le strepto-bacille dans 40 % des cas. Il est donc hors de doute que le bacille de Ducrey peut passer du chancre aux ganglions par la voie lymphatique, et qu'il est dans la très grande majorité des cas l'agent de la suppuration.

Les ensemensements faits dans le service de M. le Dr Fournier, du pus de bubon non encore ulcéré, sur les milieux de culture ordinaire, (gélose et bouillon peptoné) n'ont jamais permis de déceler aucun microorganisme.

Il est donc permis de supposer que les microbes pyogènes ordinaires (staphylocoque, streptocoque, enterocoque), n'interviennent pas primitivement dans la constitution du bubon.

CHAPITRE III

Le traitement de bubon chancrelleux

Avant d'aborder le traitement du bubon par la vaccinothérapie locale avec le vaccin polymicrobien polyvalent non spécifique, employé dans le service de M. le Dr Fournier, nous allons résumer brièvement les différentes méthodes thérapeutiques employées jusqu'à ce jour. Ces traitements peuvent être divisés en trois sortes:

a) Les traitements médicaux.

b) Les traitements chirurgicaux.

c) Les traitements médico-chirurgicaux par les injections modificatrices.

Nous citerons les premiers, pour mémoire seulement Ils consistaient autrefois en applications de vésicatoires, de pommades résolutives, vaselinées, ichtyolées, gaïacolées, pommades mercurielles surtout, enfin le traitement par l'emplâtre de Vigo qui a eu son temps de vogue.

L'inefficacité de ces traitements médicaux, les ont fait abandonner partiellement si non complètement à notre époque.

2) Parmi les traitements chirurgicaux nous citerons :

Incision avec ou sans currettage se pratiquant soit abortivement soit après constitution de la fluctuation.

a) *La Méthode abortive* très douloureuse, est peu employée, les malades n'acceptant pas d'ailleurs ce traitement à un moment où le bubon petit et mobile ne les gêne pas trop.

b) L'incision après constitution de la fluctuation expose à la chancrellisation par le pus du bubon virulent des lèvres de l'incision.

La longue suppuration, la déformation, l'aspect chancrelleux de la plaie la cicatrice difforme qui en résulte, dans une région où l'on soupçonne facilement leur origine vénérienne, sont les inconvénients sérieux de cette méthode qui ne doit plus être employée que comme pis aller, à une époque où l'on possède des moyens plus sûrs et particulièrement efficaces.

3) *Injection modificatrice :* Le traitement de l'hydrocelé par des injections iodées préconisé par Velpeau et les succès obtenus par cette méthode suggérait aux médecins l'emploi des injections modificatrices dans le traitement du bubon chancrelleux.

Cette méthode fut signalée par Hans dans sa thèse qui date de 1828, où il préconise le traitement des bubons par un mélange de vin aromatique et de teinture d'iode.

Depuis, nombreuses ont été les substances injectées; tour à tour on a employé l'acide phénique, le sulfate

de cuivre, le benzoate de mercure, le sublimé, l'oxycyanure de mercure, enfin les métaux colloïdaux.

Gaubeau injecte en plein glanglion 1 ou 2 centimètres cubes d'une solution stérile d'arséniate de soude à 1 p. 100.

Dès que le pus est collecté il faut l'évacuer et désinfecter la poche. Ratelier se contente d'un simple drainage filiforme au moyen d'un crin de Florence traversant la poche de part en part, sous pansements humides au permanganate de potasse à 5 pour 1.000 et Floquet a obtenu par cette méthode la guérison de ses malades en 8 à 10 jours; il recommande de drainer sur la périphérie en peau saine et de retirer le crin dès que la poche est aplatie, du 4e au 5e jour.

Gaubeau ponctionne avec un trocart simple et injecte 1 ou 2 centimètres cubes de la solution d'arseniate de soude au 1/100, additionnée extemporanément dans la seringue d'un 1/2 centimètre cube d'éther qui distend les parois de la poche.

La plupart des auteurs, à défaut d'incision large qui laisse une cicatrice difforme, ponctionnent l'abcès avec la pointe du bistouri, l'expriment soigneusement, et introduisent diverses substances capables de modifier ses parois.

Brault d'Alger et son élève Constantini ont obtenu d'excellents résultats de la méthode suivante :

Après désinfection de la peau à la teinture d'iode, on pratique une ouverture étroite « timide » du bubon, puis on exprime doucement le pus; on injecte alors dans la poche une solution de nitrate d'argent au 1/30

ou 1/20 et on fait un drainage capillaire avec un simple crin de Florence recourbé en anse; les jours suivants on lave avec une solution de nitrate d'argent au 1/100. Très rapidement le pus perd son caractère phlegmoneux, devient séreux et il suffit en général de 10 à 15 jours pour obtenir la guérison complète.

Le *procédé de* Fontant, basé sur les mêmes principes, a été avec ses variantes le plus étudié depuis la dernière guerre; il consiste essentiellement dans la ponction de l'abcès par une incision de 7 à 10 mm. au plus, l'expression aussi complète que possible du pus et l'injection de vaseline iodoformée en quantité à peu près égale à celle du pus; il est préférable d'injecter la vaseline à froid pour éviter son issue trop rapide. Lasser la remplace par la solution de Menciere :

Gaïacol	10 grammes
Encalyptol	
Alcool à 90°	
Iodoforme	
Baume de Perou	30 grammes
Ether sulfurique	100 grammes

dont il est injecté 1 centimètre cube; il laisse en contact 1 minute, exprime et fait un pansement sec qui reste en place 3 jours, il n'a jamais eu à répéter cette opération plus de 3 à 4 fois.

Hudelo et Rabut n'attendent pas le ramolissement complet et injectent 5 à 10 centimètres cubes d'huile xylo-iodoformée de Bory.

Iodoforme	1 gramme
Xylol	9 grammes
Huile d'Olive	40 grammes

puis, dès que les parois commencent à s'accoler, ils lavent au liquide de Mencier. Les indications de la méthode ont été nettement précisées : il faut que le pus soit collecté, qu'il n'y ait ni tendance à la chancrellisation, ni décollement étendu de la peau, ni adénopathie spécifique concomitante enfin le malade doit garder le lit pendant deux jours au moins.

Enfin nous ne ferons que citer les essais de traitements radiothérapiques qui ne semblent pas avoir donné des résultats concluants.

CHAPITRE IV

Biothérapie du bubon chancrelleux

Les divers essais de bactériothérapie et de sérothérapie au cours de ces dernières années peuvent être résumés en deux grandes catégories : ceux qui affectent les caractères d'un traitement général et ceux qui mettent en œuvre un traitement local. Parmi les essais de vaccinothérapie et de sérothérapie affectant les caractères d'un traitement général, nous citerons :

Les recherches de vaccinothérapie tentées dès 1913, par T. Ito, de Tokio, qui fit ses recherches sous l'inspiration de Bruck à la clinique de Breslau ; Il publia 12 cas donnant de bons résultats.

M. T. Kurita, médecin de la marine japonaise qui traita en 1919. 18 malades atteints de bubon par un vaccin préparé avec des bacilles de Ducrey. La sérothéraphie ne fut essayée que plus tard par Reenstierna (1920), qui prépara un sérum en injectant dans les veines de gros béliers des doses croissantes de cultures mortes et vivantes de strepto-bacille de Ducrey.

Il esaya ce sérum. Sur 100 cas de bubons à la clinique du professeur Almkoiste à Stockolm; il obser-

va en général des améliorations dès la première injection. Plus tard, Reenstierna pratiqua la sérothérapie mixte. Il injecta des mélanges de sérum anti-streptobacillaire en additionnant ce sérum de microbes pyrétogènes (b. d'Eberthe tué). Ces différents sérums spécifiques ou mixtes donnèrent des résultats appréciables, diminuant la douleur et arrêtant parfois l'évolution vers la suppuration.

Gariga de Volladolid, (Paris Médical, 14 mars 1925) emploie le vaccin de Delbet en injection intramusculaires tant à titre curatif qu'à titre prophylactique.

Le diagnostic étant posé, M. Gariga pratique au point d'élection fessier, une injection intramusculaire de 2 centimètres cubes de vaccin.

En général, cette injection suffit d'après M. Gariga ; si cependant les jours qui suivent, il voit un léger engorgement ganglionaire, il pratique une seconde injection de 3 à 4 centimètres cubes. Dans la très grande majorité des cas, il aurait vu l'adénité tourner court.

Dans le cas où le malade est déjà porteur d'un bubon même fluctuant, l'auteur injecte d'emblée 2 à 3 centimètres cubes de vaccin, injection qu'il se tient prêt à répéter tous les trois ou quatre jours, à la dose d'une ampoule entière,, mais il est rare, dit-il, qu'il soit amené à faire une troisième injection.

Dans le cas enfin de bubon suppuré, il pratique également deux injections de 3 à 4 centimètres cubes chacune, espacées de trois ou quatre jours. Mais là les résultats sont moins bons, la cicatrisation est lente et la plaie peut se chancrelliser.

Ce traitement est sans action sur l'évolution du chancre lui-même qui doit-être traité séparément par les méthodes appropriées.

Nicolle et Durand emploient dans le traitement du chancre mou et de ses complications, le bubon en particulier, les injections intra-veineuses d'un vaccin spécifique préparé avec le strépto-bacille de Ducrey. D'après ces auteurs l'action du vaccin est remarquablement rapide sur le chancre simple et le bubon non ouvert. La douleur, l'inflammation disparaîtraient en quelques jours après une ou deux injections.

Par contre si le chancre est infecté secondairement, s'il présente un caractère phagedenique, si l'on a affaire à un bubon ouvert, infecté lui-même, l'action du vaccin est moins brillante. En général, dans ce cas même, d'après Nicolle et Durand, la première inoculation amène une amélioration très grande. Les échecs du traitement dit M. Nicolle, sont dûs sans doute aux infections secondaires de la plaie n'ayant rien de commun avec le strepto-bacille de Ducrey. Donc il pense que dans ce cas là le vaccin strépto-bacillaire ne saurait agir sur d'autres microbes pathogènes que celui de Ducrey.

Nous ferons remarquer que les injections intraveineuses du vaccin de Nicolle sont toujours suivies de réactions générales parfois assez violentes, et que à côté des beaux cas que nous avons pu voir dans le service de M. le Dr Fournier, quelques échecs ne manquaient pas malgré plusieurs injections intraveineuses.

Enfin, parmi les essais de biothérapie affectant le

caractère d'un traitement général, nous citerons le travail récent de Nicollas et Lacassagne (Bul. soc. déc. n° 2 fév. 1926), sur le traitement du bubon chancrelleux par l'injection intraveineuse du vaccin T. A. B. Les résultats obtenus seraient des plus intéressants (2 échecs sur 24 malades traités). Mais l'injection intraveineuse des vaccins T. A. B. s'accompagne toujours de réactions générales assez violentes pour que l'emploi de cette méthode puisse être préconisé dans la pratique courante.

M. Nicolas et Laccasagne ont publié en mai 1925, (Journal de Médecine de Lyon), les résultats obtenus dans le traitement des bubons chancrelleux par l'autohémothérapie. D'après ces auteurs : « l'autohémothérapie pour le traitement des bubons satellites des chancres simples, constitue une méthode thérapeuthique susceptible de donner les meilleurs résultats dans ces cas ».

« Cette méthode, quoique excellente, sédation très rapide de la douleur, diminution des phénomènes inflammatoires, résorption de la suppuration, n'est pas cependant infaillible » ; 23 succès et 8 échecs sur 31 cas traités.

La technique est celle utilisée habituellement dans la pratique de l'autohémothérapie bien connue actuellement.

Des résultats analogues ont été observés par Falcoz dans le service de M. le professeur Jeanselme, et sont rapportés dans sa thèse (*Thèse de Paris* 1925).

CHAPITRE V

Vaccinothérapie locale du bubon chancrelleux

Les essais de biothérapie du bubon chancrelleux présentant les caractères d'un traitement général, que nous venons d'énumérer quoique donnant parfois des très beaux résultats n'ont pas réussi à s'imposer : certains à cause de l'inconstance trop grande des résultats tel que l'autohémothérapie; d'autres à cause des réactions violentes qu'ils provoquent tel que le vaccin de Nicolle.

Les recherches des auteurs se sont alors dirigées vers la vaccinothérapie locale.

Habadou-Sala, de Strasbourg, préconise le traitement du bubon chancrelleux à l'aide d'un filtrat-vaccin spécifique. Les cultures de bacille de Ducrey sur bouillon ordinaire ou bouillon T., après un séjour à l'étuve, de 10 à 15 jours, sont filtrés sur bougie et c'est le filtrat ainsi obtenu qui sert de vaccin.

La vaccinothérapie par pansement est instituée de la manière suivante : les bubons non ouverts sont au préalable ponctionnés et vidés le plus complètement

possible, puis remplis de filtrat vaccin. A l'extérieur du bubon, on applique des compresses de gaze stérile imbibées de filtrat-vaccin et recouverte de gutta-percha.

L'opération est répétée tous les jours. Pour les bubons ouverts, on agit de la même façon.

Le chancre est nettoyé à l'eau bouillie, puis entouré de compresses sur lesquelles on verse du filtrat-vaccin ; le pansement ainsi fait est encore recouvert de gutta-percha. En dehors de ce traitement on n'en fait aucun autre,, remplaçant le pansement tous les jours.

Les résultats chimiques de ces essais ont paru des plus intéressants, l'action du fitrat-vaccin très rapide et n'amènent aucune réaction inflammatoire.

Au niveau des bubons, dès le premier jour. la douleur disparaît ; dans la suite, le pus devient séreux et l'adénite disparaît ; après le quatrième jour, le bubon est cliniquement guéri. Quand au chancre, si l'on a soin de maintenir le pansement très adhérent, son aspect se modifie très vite ; au bout de vingt-quatre heures, les bords bourgeonnent et l'ulcération diminue de surface. Les jours suivants, l'ulcération disparaît peu à peu et s'épidermise.

Le corps microbien n'existant pas dans le filtrat-vaccin, les phénomènes de guérison se succèdent sans aucune réaction, soit locale ou générale, sans douleurs, sans élévation de la température, ni manifestation du choc.

Le procédé serait donc simple, rapide, indolore; sa valeur a été confirmée par Pautrier et par Lortat-Jacob.

D'autres essais, basés sur un principe différent, ont été tentés par Jausion et Diot. Ces auteurs attribuant aux microbes associés un rôle pathogène des plus important, se sont attaqués à ces microbes associés.

Jausion, Diot, ont d'abord préparé un autofiltrat. Ils ensemencent le pus du chancre sur gélose à l'œuf, et après isolement des colonies, cultivent en ballon de bouillon chacune des différentes colonies séparément, par un séjour de dix jours à l'étuve à 37°. On filtre ensuite sur bougie, on mélange : le filtrat obtenu constitue le bouillon-vaccin. Cependant, par suite de la longueur des délais d'obtention et de la nécessité de nombreuses cultures, Jausion et Diot ont préféré employer un stock-filtrat. Après stockage anticipé des filtrats, on identifie le germe prédominant et on choisit les stock-filtrats répondant quantitativement à la flôre microbienne identifiée; on peut d'ailleurs, en outre, utiliser conjointement, mais quelques jours plus tard, un auto-filtrat. Cette méthode a pour avantage la rapidité de sa mise en œuvre. La technique même des pansements aux filtrats est la même que celle précédemment indiquée.

On obtient donc ainsi, non une immunisation spécifique contre le bacille de Ducrey, mais une immunisation locale contre les germes seconds; en quelques jours on transforme, sans choc, sans traumatisme, sans douleur, un chancre mou en une plaie de belle apparence.

Jausion et Diot ont pu employer avec succès égale-

ment des stock-filtrats en injection intra-ganglionaire dans le traitement des bubons.

Le manuel opératoire indiqué par les auteurs est le suivant :

L'on ponctionne le bubon dès qu'il fluctue tant soit peu. On en retire tout le pus susceptible d'aspiration et on réinjecte par le même orifice une quantité un peu inférieure de filtrat. Après 48 heures (phase de maturation), le bubon donne un pus bien liquide et très abondant qu'une nouvelle ponction évacue pour lui substituer le filtrat thérapeutique. Une troisième ponction suivie de réinjection peut être pratiquée. A dater de ce moment, il convient de ne plus insister et le bubon se flétrit tout seul, indolore, intact sous un pansement protecteur comportant l'application directe d'une compresse imbibée de filtrat. « L'expérience nous a permis de constater que l'excès des ponctions et des réinjections retardait la guérison. La ponction seule suffit, en outre, à l'évacuation; toute incision suivie d'une minime chancrelisation, bien qu'aisément guérissable, diffère le terme de la cicatrisation. »

Sur six malades ainsi traitées, les auteurs ont obtenu six guérisons sans réaction locale ni générale, et en particulier, sans élévation thermique dans la plupart des cas.

CHAPITRE VI

Traitement du bubon chancrelleux par l'injection intraganglionnaire d'un vaccin polymicrobien

---

Depuis un an et demi, M. le Docteur Fournier et Lonjumeau ont entrepris de traiter les bubons chancrelleux par l'injection dans les ganglions malades soit de vaccin spécifique à bacille de Ducrey (méthode de Hababou Sala), soit du vaccin polymicrobien, soit enfin de solutions ou de suspensions proteiniques diverses, susceptibles de provoquer une leucocytose locale importante et d'exercer ainsi une action favorable sur l'évolution de l'adénopathie.

De tous ces essais, injection intraganglionaire de vaccin spécifique, injection de bouillon-vaccin filtrée non spécifique, injection de corps microbiens non spécifiques en suspension aqueuse, injection d'eau peptonée, enfin injection intraganglionaire d'un bouillon-vaccin polymicrobien polyvalent renfermant le bouillon de culture et les corps microbiens, il semble que ce soit ce dernier vaccin qui est à préférer pour la rapidité de son action, l'innocuité de son emploi et la constance de ses résultats.

Nous rapporterons donc les résultats obtenus par la vaccinothérapie locale du bubon chancrelleux à l'aide d'un bouillon vaccin polymicrobien polyvalent préparé suivant la technique que nous indiquerons plus loin.

Ces résultats en effet, nous paraissent des plus encourageants. Près de 100 malades présentant des bubons chancrelleux à divers stades de leur évolution, la plupart en voie de suppuration, ont reçu une à trois injections de ce vaccin polymicrobien dans les ganglions malades. Ils ont presque tous rapidement guéri après un séjour à l'hôpital d'une semaine en moyenne.

Le vaccin employé n'est autre chose qu'un mélange à parties égales de cultures de staphylocoques polyvalents (eau peptonée); de streptocoques et d'enterocoques (eau peptonée, glucosée ou lactosée), vieilles de deux à trois semaines et stérilisées à 100 degrès. On utilise le liquide de culture et les corps microbiens.

En ce qui concerne les bubons suppurés, la technique employée est la suivante :

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital on injecte au centre du foyer, après ponction évacuatrice préalable si la quantité de pus est déjà abondante de 3 à 5 centimètres cubes de vaccin. Cette injection est indolore. Une réaction générale, dont l'élévation thermique de 38° à 39°, exceptionnellement à 40 degrés, est à peu près le seul symptôme, se manifeste le jour de l'injection dans un certain nombre de cas. Assez souvent, elle manque totalement on se trouve à peine ébauchée.

Chez presque tous les sujets, on constate, dès le soir

de l'injection, une diminution parfois très marquée de la douleur spontanée qui existait au moment de l'entrée à l'hôpital. Chez quelques malades traités par cette méthode on a cru devoir faire une deuxième injection, vingt-quatre heures après la première, d'une quantité égale de vaccin. Un malade qui s'était présenté avec un bubon déjà fistulisé a reçu trois injections de vaccin à travers l'orifice de la fistule. La plupart des autres malades n'ont reçu, avant l'incision qu'une seule injection de vaccin.

On pratique ordinairement cette incision le lendemain du jour où le vaccin a été injecté dans le bubon.

Lorsque le pus semble imparfaitement collecté, on n'incise qu'au bout de quarante-huit heures. La région inguinale une fois rasée et lavée à l'alcool on pratique au bistouri, après anesthésie locale au chlorure d'ethyle, une incision parallèle au pli inguinal, d'une longueur, d'un à deux centimètres. On exprime ensuite aussi soigneusement que possible tout le pus contenu dans la poche et dont la quantité varie de 5 à 60 centimètres cubes. On procède ensuite par l'orifice d'incision au lavage de la poche par 20 à 40 centimètres cubes de vaccin à l'aide d'une seringue. On fait un pansement à plat à l'aide de compresses stériles imbibées de vaccin et recouvertes de coton humecté d'eau bouillie.

Après l'incision, le malade est mis au repos au lit jusqu'à sa guérison, la cuisse du côté malade fléchie légèrement sur le bassin afin que la plaie baille le moins possible.

En général, le lendemain de l'incision tous les signes généraux, s'il en existait, ont disparu : il ne subsiste plus aucune douleur spontanée, la tuméfaction s'est affaissée notablement et l'inflammation péri-ganglionaire a diminué dans de fortes proportions. La plaie linéaire ne donne issue, après une forte expression, qu'à quelques gouttes de puts mélangés de sérosité ou de vaccin.

Parfois toute inflammation a disparu, il n'y a plus trace de pus et la plaie commence à se cicatriser par première intention.

Il nous a été donné d'observer une guérison ultrarapide chez un malade qui, entré le 15 avril 1925 à l'hôpital et injecté le même jour, eut son bubon incisé le 16 avril dans l'après-midi, incision qui donna issue à deux verres à liqueur de pus. Le 17 avril dans la matinée, la plaie due à l'incision était déjà cicatrisée. Le malade fut gardé quelques jours à l'hôpital par mesure de prudence et pour achever la guérison de son chancre, encore ulcéré à ce moment.

Lors du premier pansement, qui a lieu vingt-quatre heures après l'incision, on peut procéder à nouveau au lavage de la poche avec le vaccin ; on panse ensuite à plat avec des compresses imbibées de vaccin. Lors des pansements suivants qui n'auront plus lieu qu'à quarante-huit heures d'intervalle, il n'y a plus qu'à changer les compresses, la cicatrisation qui se fait ordinairement par première intention ne permettant plus de pénétrer dans la poche qui se comble, afin d'en effectuer un nouveau lavage, désormais inutile.

Les bubons chancrelleux soignés par cette méthode de la vaccinothérapie locale, peuvent être divisés en trois catégories.

1) Les bubons du début, pas encore mûrs, qui soumis à la vaccinothérapie locale par le vaccin polymicrobien, polyvalent avortent souvent et guérissent toujours quand on est obligé de les inciser.

2) Les bubons mûrs et pas ouverts, avec peau saine, qui, dans la grande majorité des cas guérissent après incision en 6, 10 jours, Les quelques rares échecs que nous avons eus sont dus, soit à l'indocilité du malade qui refuse de garder le lit, soit cause plus fréquente à son mauvais état général. Nous avons en effet observé plusieurs malades scrofuleux, anciens bacillaires, latents ou pré-tuberculeux, chez qui la guérison a été plus difficile a obtenir. Dans ce cas nous pouvons nous demander jusqu'à quel point le Bacille de Kock n'intervient dans la constitution et l'évolution de cette adénopatie, qui prend parfois l'allure d'une adénopatie froide.

3) Les bubons déjà ouverts spontanément ; dans ces cas les résultats sont moins constants, la chancrellisation plus fréquente.

Sur 100 malades traités par cette méthode, la guérison complète du bubon, (affaissement et cicatrisation de la tuméfaction) a été obtenue chez 90, en un temps variant entre cinq et dix jours à dater du moment de l'incision.

Pour qui connaît la durée vraiment désespérante du bubon chancrelleux dont l'aboutissement est la suppu-

ration, une méthode de traitement susceptible de guérir cette affection tenace en quelques jours semblera des plus recommandables.

Il est à remarquer que le pus récolté dans les bubons mûrs et pas ouverts, dans aucun de nos cas, n'a donné de culture avant ou après l'incision, sur les milieux ordinaires (bouillon peptoné, gélosé, milieux glucosés ou lactosés).

Il ne s'agit donc pas ici d'une vaccinothérapie véritable, spécifique, semblable à celle que réalise l'injection de culture de bacille de Ducrey.

S'agit-il d'une protéinothérapie ? Ceci est plus vraisemblable, et l'on pourrait alors être tenté d'expliquer par une sorte de choc local, l'afflux leucocytaire intense qui suit rapidement l'injection de vaccin. Il faut noter ici que la guérison de nos malades a été d'autant plus rapide que la quantité de pus ainsi formée était plus considérable.

Si la protéinothérapie bactérienne a donné de si favorables effets, ne peut-on penser que des résultats analogues seront obtenus par l'emploi de différentes autres protéines ?

Il semble en effet que l'emploi d'autres protéines est susceptible de donner parfois de très beaux résultats dans le traitement local du bubon chancrelleux. Mais ces résultats, d'après les recherches faites dans le service de M. le Dr Fournier à l'hôpital Cochin, sont moins constants que ceux obtenus avec le bouillon-vaccin renfermant le bouillon de culture et les corps microbiens.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I

Malade âgé de trente ans, entre à l'hôpital le 5 juin. Un chancre mou apparu deux mois plus tôt dans le sillon balano-préputial est cicatrisé depuis dix jours. Un énorme bubon, de la grosseur d'une orange, siège dans le pli inguinal droit : il est chaud, douluoreux, fluctuant à son centre et entouré d'un large placard rougeâtre de péri-adénite. Le malade est fatigué, sa langue suburale, sa température à 38°5. On injecte, aussitôt après avoir retiré environ 1 centimètre cube de pus, qu iest mis en culture, 4 centimètres cubes de vaccin au centre du foyer ; le soir de l'injection, la température atteint 38°8, mais la douleur locale a déjà diminué.

Le 6 juin, incision du bubon. L'expression donne issue à 50 centimètres cubes de pus. Lavage avec 40 centimètres cubes de vaccin. Pansement à plat, sans mèche, avec des compresses imbibées de vaccin.

Il existe encore un peu de fièvre (38°5).

Le 7 juin, une forte pression ne donne issue qu'à un demi-centimètre cube de sérosité. Il n'y a plus de péri-adénite. Tous signes généraux et fonctionnels ont disparu. Pansement au vaccin qui sera laissé quarante-huit heures.

Le 9 juin, la plaie se cicatrice par première intention. Pansement sec. Le 11 juin, le malade, complètement guéri, sort de l'hôpital.

OBSERVATION II

Malade âgé de 26 ans, entre à l'hôpital le 13 novembre 1925, pour bubon gauche. Température à son entrée 37°8, mauvais état général.

Le 14 novembre, injection de 3 centimètres cubes du vaccin, température le matin 37°4, et le soir 38°.

Le 15 novembre, amélioration notable, cessation de douleur, légère élévation de température 38°, l'amélioration continue les jours suivants jusqu'au 18.

Le 18 novembre, incision au centre du bubon, expression du pus et pansement avec des compresses imbibées de vaccin.

Le 19 novembre, état général continue à s'améliorer, cicatrisation de la plaie et fermeture presque complète.

Le 20 novembre, guérison complète, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION III

Malade âgé de 19 ans, entre le 3 octobre 1925 pour bubon droit, la température à son entrée est de 38°. Mauvais état général. On procède le jour même de son entrée, c'est-à-dire le 3 octobre, à l'injection de 4 centimètres cubes du vaccin.

Le 4 octobre, cessation de douleur, température le matin 38°1, le soir 38°2. Le malade ne fait aucune réaction. Bubon reste dur jusqu'au 7 octobre.

Le 7 octobre, nouvelle injection de 5 centimètres cubes du vaccin. Température le soir à 39°, et le lendemain tombe le matin à 37°7, le soir à 37°9.

Le 9 octobre, température normale. Guérison sans incision. Le malade sort le 11 octobre de l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION IV

Malade entré le 6 novembre 1925 pour bubon gauche. Température à l'entrée à l'hôpital 37°2. On procède à une injection de 4 centimètres cubes du vaccin le jour même de son entrée.

Le 7 novembre, disparition de la douleur, la température reste le soir à 38°9.

Le 8 novembre, température redevient normale. Guérison presque complète sans incision.

Le 14 novembre, guérison complète. Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION V

Malade âgé de 29 ans. Entre le 8 octobre 1925 pour un bubon gauche précédé d'un chancre mou déjà cicatrisé datant de un mois.

On procède le jour même de son entrée à une injection intraganglionaire de 4 centimètres cubes du vaccin. La température monte le soir à 38°7, mais la douleur disparaît. Le 9 octobre, incision du bubon, expression du pus et pansement avec des compresses imbibées de vaccin. Le 10 octobre, amélioration marquée, température 37 7, pansement ua vaccin Les 11 et 12 octobre, lavage avec le vaccin suivi de pansement. Le 17 octobre, chancrelisation du bubon, pansement iodoformé. Amélioration et guérison. Malade sort quelques jours plus tard.

OBSERVATION VI

Malade âgé de 34 ans. Entre le 24 septembre 1925 pour chancre mou datant d'un mois et bubon double. Le 25 septembre, on procède à l'injection intraganglionaire de 4 centimètres cubes du vaccin. Le 26 septembre, cessation de la

douleur locale sans aucune réaction générale. Les jours suivants jusqu'au 30 septembre, état stationnaire, malade indocile n'observant pas le repos. Le 1er octobre, on procède à une nouvelle injection de 5 centimètres cubes du vaccin et on incise le bubon le 3 octobre, suivie d'un pansement avec des compresses imbibées de vaccin. Malade toujours indocile n'observant pas le repos, gardant mal le pansement. Le 10 octobre, chancrelisation du bubon, pansement à l'iodoforme, amélioration notable, mais sans guérison complète due probablement à ce que le malade a peu observé le repos et mal gardé ses pansements.

OBSERVATION VII

Malade Entré le 23 octobre 1925 pour un bubon gauche précédé d'un chancre mou du filet. Température à son entrée 37°.

Le 24 octobre, incision du bubon fluctuant et lavage au vaccin suivie d'un pansement avec des compresses stériles imbibées du vaccin. Température le soir 37°5. Les jours suivants, lavage au vaccin suivi d'un pansement, température normale, cicatrisation de la plaie. Le 5 novembre, cicatrisation complète de la plaie. Malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION VIII

Malade âgé de 27 ans. Entre le 8 octobre 1925 pour un chancre mou datant de trois semaines et bubon gauche. Le 9 octobre, injection de 4 centimètres cubes du vaccin. Température monte à 38°4 le soir. Le 10 octobre, incision du bubon. Le 12 octobre, amélioration et cicatrisation de la plaie. Le 15, plaie guérie complètement, Malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION IX

Malade entre le 22 octobre 1925 pour chancre mou datant d'un mois et bubons doubles considérables. Température à son entrée 38°. Mauvais état général. On incise le jour même. On procède au lavage avec le vaccin suivi d'un pansement avec des compresses stériles imbibées du vaccin.

Les bubons ont été guéris au bout de huit jours et le malade est sorti complètement guéri le 30 octobre.

OBSERVATION X

Malade âgé de 28 ans, entre dans le service pour un chancre mou du filet,datant de trois jours. Le bubon apparaît le troisième jour de l'apparition de son chancre du côté gauche. Il est chaud, douloureux, dur, entouré d'un large placard rougeâtre de périadénite. Température 37°7 à son entrée.

Le 4 septembre, le jour même de son entrée dans le service on lui fait une ponction retirant 4 centimètres cubes du pus suivie d'une injection de 3 centimètres cubes du vaccin. Le 5 septembre, incision du bubon et expression, pansement avec des compresses imbibées de vaccin. Le 8 septembre, pansement au vaccin, disparition de toutes les manifestations locales et générales, amélioration rapide marchant vers la cicatrication des lèvres de l'incision.

Le 10 septembre, cicatrisation de la plaie et guérison complète. Malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XI

Le malade, âgé de 24 ans, entre le 10 mars 1926, pour chancre mou du frein et bubon gauche. Le 11 mars, on ponctionne et on retire 6 centimètres cubes de pus et on injecte 4 centimètres cubes de vaccin. L'injection n'est suivie d'aucune élévation thermique. Le 13 mars, incision et

pansement au vaccin. Les jours suivants, l'état général s'améliore. La température reste normale, la douleur a disparu et la cicatrisation progressive des lèvres de l'incision se fait sous un pansement à plat avec des compresses imbibées du vaccin. Le 18 mars, guérison complète du malade qui sort de l'hôpital.

OBSERVATION XII

Le malade entre le 3 mars 1926 dans le service pour chancre mou presque cicatrisé, du sillon balano-préputial et pour bubon droit et gauche prêt à s'ouvrir. Etat général du malade mauvais.

Le 4 mars, injection dans chaque bubon de 4 centimètres cubes de vaccin. L'injection est suivie d'une légère augmentation thermique à 38° le soir.

Le 5 mars, disparition de la douleur, température 37°8 le matin et 38°4 le soir.

Le 6 mars, température le matin 38°, et le soir 38°3.

Le 7 mars, incision des bubons de deux côtés, expression d'une grande quantité du pus, suivie d'un pansement à plat avec des compresses imbibées au vaccin. Le 9 mars, le bubon gauche se ferme, le droit continue à suppurer. La température reste à 38°. On procède au lavage à l'eau oxygénée.

Le 11 mars, pansement au vaccin, l'amélioration continue. La température devient normale. Le 13 mars, guérison totale du bubon gauche, mais le bubon droit continue à donner un peu de pus. Le 19 mars, chancrelisation du bubon droit. Le malade est soigné à l'iodoforme et reste dans le service pour son mauvais état général qui a probablement entravé l'action du vaccin.

OBSERVATION XIII

Le malade entre le 12 mars 1926 dans le service pour le bubon droit, précédé d'un chancre mou datant de 15 jours.

Le 13 mars, on ponctionne et on retire 3 centimètres cubes de pus. On fait l'injection de 5 centimètres cubes de vaccin qui est suivie d'une légère élévation thermique. Le 14 mars, disparition de la douleur, température normale. Le 15 mars, incision avec expression du pus, suivie d'un pansement à plat avec des compresses imbibées de vaccin. Le 17 mars, plaie en voie de cicatrication, pansement au vaccin. Le 18 mars, cicatrication presque complète. Le malade reste dans le service encore quelques jours jusqu'à guérison complète.

OBSERVATION XIV

Malade entré le 22 octobre 1925 pour bubon gauche très avancé. Mauvais état de la peau. N'a pas été injecté. Incisé le 23 octobre, lavé et pansé au vaccin. Pas de réaction thermique. Pansement au vaccin le 24 et le 26. Le 27 octobre, chancrelisation, traitement à l'iodoforme. Amélioration et guérison. Malade sort le 14 novembre.

OBSERVATION XV

Malade entré le 27 octobre 1925 pour bubon gauche très avancé. Injection le jour même de son entrée de 4 centimètres cubes de vaccin. L'injection n'est pas suivie d'aucune réaction thermique. Diminution de la douleur. Le 28 octobre, incision avec expression d'une grande quantité de pus, pansement au vaccin à plat avec des compresses imbibées de vaccin.

Le 29 octobre, disparition de l'inflammation périganglionaire. Température normale. Fermeture des lèvres de l'incision.

Le 30 octobre, cicatrisation complète de l'incision. Le malade sort complètement guéri le 3 novembre de l'hôpital.

CONCLUSION

I. — Le traitement du bubon chancrelleux — affection peu grave mais fréquente dans la classe pauvre, pénible par la longueur de la suppuration, qui est l'aboutissement presque fatal d'un bubon non soigné, coûteuse pour l'individu et la société par l'immobilisation du malade, obligé de se faire hospitaliser — a fait dans ces dernières années l'objet de nouvelles recherches.

II. — Parmi les traitements préconisés, il semble que les diverses méthodes de biothérapie locale donnent sans aucun danger pour le malade, dans un minimum de temps, les résultats les plus constants.

III. — De ces diverses méthodes de biothérapie locale — injection intraganglionnaire de vaccin spécifique, injection de bouillon filtré non spécifique, injection de corps microbiens non spécifique en suspension aqueuse, injection d'eau peptonée, enfin injection intraganglionnaire d'un bouillon-vaccin polymicrobien polyvalent renfermant le bouillon de culture et le corps

microbien — c'est ce dernier vaccin qui est à préférer pour la rapidité de son action, l'innocuité de son emploi et la constance de ses résultats.

IV. — L'injection intraganglionnaire du vaccin polymicrobien polyvalent dans le bubon, au début, fait souvent avorter celui-ci en quelques jours. Les bubons mûrs et non encore ouverts, traités par l'injection du vaccin et incisés 24 ou 48 heures après l'injection guérissent dans la grande majorité des cas en 6 à 10 jours. Les échecs dont le pourcentage ne dépasse guère 10 % s'observent surtout chez des malades à mauvais état général, scrofuleux ou prétuberculeux. Les bubons ouverts spontanément au niveau desquels la peau est déjà macérée, obéissent moins bien à cette vaccinothérapie locale et se chancrellisent assez souvent.

V. — L'action du bouillon-vaccin polymicrobien polyvalent dans le bubon chancrelleux n'est pas proprement parler une vaccinothérapie locale. Il semble que cette action puisse être rattachée aux phénomènes de chocs protéiniques, et que cette action de choc est renforcée dans ses résultats par le bouillon de culture peptoné renfermant les exotoxines et les endotoxines (corps microbiens).

VI. — Le bouillon-vaccin polymicrobien polyvalent employé est un mélange à parties égales de cultures de staphylocoques dans de l'eau peptonée de streptocoques et enterocoques dans de l'eau peptonée glucosée

ou lactosée, vieillie de 15 jours à 3 semaines et stérilisée par la chaleur à 100°

VII. — Quand on connaît la longueur vraîment désespérante d'un bubon chancrelleux, une méthode thérapeutique capable de guérir en quelques jours une affection aussi pénible pour l'individu, que coûteuse pour la collectivité, mérite d'être connue et vulgarisée.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
Marcel JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

ARLOING, G. DUFOUR et LANGERON. — *Influence curative du choc anaphylactique dans certaines affections expérimentales.* — Bull. de l'Ac. de *Médecine*, 22 février 1921.

BESREDKA. — *Anaphylaxie et Antianaphylaxie.*

— *Immunisation locale pansements spécifiques* 1925.

CASSAN. — *La Protéinothérapie.* — Thèse, Paris 1919.

CHEINISSE. — *Sérothérapie et Vaccinothérapie dans les chancres mous.*

CONSTANTINI H. — *Méthode simple et efficace pour la guérison rapide du bubon chancrelleux.* — Paris médical, 23 avril 1913.

DUPUY. — *Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux*, (Méthode de Fontan). — Thèse, Paris 1919.

DEMANCHE R. — *Chancre simple granulome des organes génitaux.* — Extrait du Nouveau traité de Médecine. (Fascicule V, Tome I., 2e édition).

DUBREUILH. — *Traitement du chancre mou et du bubon.* — Traité de thérapeutique pratique de ROBIN, T. V. — Paris 1912.

DUBREUILH et MALLEINE. — *Traitement des bubons chancrelleux par le procédé de* FONTAN. — La Presse Médicale, 11 juillet 1918.

FOURNIER L et P. LONJUMEAU. — *Traitement du bubon chancrelleux par injection intraganglionnaire d'un vaccin polymicrobienne.* — Gazette des Hôpitaux de Paris, n° 56, 14 et 16 juillet 1925.

FOURNIER A. — *Les chancres extrat-génitaux.* — Paris 1897.

GAUCHER et GOUGEROT-BALZER. — *Société française de dermatologie et de syphiligraphie.* — 6 juin 1912.

GOUGEROT H. — *Chancre mou.* — Paris Médical, 1911-1912, n° 21, p. 501.

GOUBEAU. — *Traitement du chancre mou.* — Société de Médecine de Paris, 10 février 1922.

— *Traitement du chancre mou et du bubon chancrelleux par l'arséniate de soude en badigeonages et injections intraganglionaires.* — Bulletin de l'Académie de Médecine, septembre 1918.

GUERRY G. — *Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux.* — Thèse, Paris 1919.

HUDELO et RABUT. — *Méthode nouvelle du traitement des bubons chancrelleux.* — Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1920, p. 491.

— *Note sur le traitement des bubons chancrelleux.* — La Presse Médicale, 12 novembre 1919.

LERMOYEZ. — *Chancre mou et condylome de l'anus.* — Annales de dermotologie 1882.

LECOMTE. — *Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux.* (Méthode de FONTAN, modifiée). — Thèse, Paris 1919.

NOLF. — *Bactériothérapie et Protéinothérapie.* — Presse Médicale, 1907, p. 583.

NICOLLE Ch. — *Recherches sur le chancre mou.* — Thèse, Paris 1893. — Reproduction expérimentale du chancre mou chez le singe. — Presse Médicale, 4 novembre 1899, n° 88., p. 265.

NICOLLE Ch. et P. DURAND. — *Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications.* — Presse médicale, 27 décembre 1924.

J. NICOLAS et LACASSAGNE. — *Traitement des bubons chancrelleux par autohémothérapie.* — Journal de Médecine de Lyon, 20 mai 1925.

MM. NICOLAS et LACASSAGNE. — *Contribution à la bactériothérapie des bubons chancrelieux. Traitement par le vaccin T. A. B.* — Bulletin de la Société Française de Dermatologie et syphiligraphie, n° 2 février 1926. P. 107.

JEANSELME, JAUSION et DIOT. — *Vaccinothérapie locale du bubon chancrelleux par les filtrats de ger-*

mes associés ou bacille de Ducrey dans le chancre mou. — Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie, n° 6, juin 1925, p. 298.

JAUSSION et DIOT. — *Essai de vaccinothérapie locale du chancre mou par les filtrats des germes associés au bacille de Ducrey.* — Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie, n° 4, avril 1925, p. 152.

J. HABABOU SALA. — *Traitement du bubon chancrelleux à l'aide d'un filtrat-vaccin spécifique.* — Soc. de Dermatologie de Strasbourg, 8 mars 1925.

NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF. — *Essais du traitement des bubons chancrelleux par autohémothérapie.* — Soc. médicale des hôpitaux de Lyon, 6 mars 1923.

FALCOZ. — Thèse, Paris, 1925.

J. REENSTIERNA. — *Recherches sur le bacille de Ducrey.* — Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis, A. XII, n° 3-4, décembre 1923.

J. REENSTIERNA. — *Ein serum gegen weichen schanker, insbesoudere dessen Bubonen.* — Minchener Medizinische Wochenschrifte, 30 juillet 1920. — *Id.* — Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis, t. XII 1923.

POIRSON. — *Traitement des chancres mous par les injections d'arseniate de soude.* Thèse, 1917.

L. G. Simon. — *Présence du bacille de Ducrey dans le pus de bubon chancrelleux*. C. R. de la Société de Biologie, 17. mai 1902.

Widal, Abrami, Brissaud. — *Protéinothérapie et choc coloïdoclasique*. — Presse médicale, 5 mars, 1921.

Escat. — *Traitement chirurgical du chancre mou*. — Soc. de chirurgie de Marseille, avril 1922.

Ratelier. — *Traitement des bubons chancrelleux par le drainage filiforme*. — Arch. de médecine et de pharmacie navales, avril, 1919.

T. Kurita. — *Sinnos soft chancre and vaccine treatment of inguinal bubo*. — Bulltin of naval medical association of Japon, 4 avril 1919.

Gariga de Volladolid. — *Traitement du bubon chancrelleux par injection intra musculaire de vaccin de Delbet*. — Paris médical, 14 mars, 1925.